

Dear Insured:

نموذج الافصاح الطبى الموحد Unified Medical declaration form

ensure that you an required according	d your family r		عزيزي المؤمن له : أمل قيامك بتعينة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة												
Addition	شافة (2) 🗆		New	Ø	خديد	\dashv		Туре			بثيقة الموحدة	ب منافع الو			
PolicyNo/CR:				ار التجاري:	لوثيقة/ السجا	11.5.	Entite.						(1)		نوع الطل
Mobile No :	540095929			. 93	قم الجوال:	_	الله Entity Name : Al salam : الله Employee Name : ASLAM SID MOHMMAD								اسم المذ
10	Number			23450	42184		Ellibio	yee Name	: ASLAM	I SID MO	HMMAD			رظف:	أسم المو
Gender: 1	:0	الجنا Nationality :	207		(0.5 dp ds de 0.5	الج Marit الج	tal Cta	tue M-				-			رقم الهو
Di .		-		-		- Main	نعر	Lus Ma	rried 🗆	متزوج	Single	☑	أعزب	اجتماعية:	الحالة الا
Please declare any (yes):			der the wo	ord		No	Yes		لمة - نعم -	لمربع تحت ك	اشارة √ في ا	أدناه بوضع	من الحالات	ماح عن وچود أي	جى الاقص
1 Any hosipital ad	lmission during la	ast 12 months?				Ø						. 1.40			T
Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.								ن تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟ لن تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأورام الحميدة سرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة شل الكاوي، حصوات المسالك البولية، تضغم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليقي رحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.						، هل الس	
Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to:</u> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, aucher's disease, G6PDDeficiency, systicfibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.									ض التمثيل	موفیلیا، أمرا. ات الأعضاء ا لیف الکیسی	أو التشوهات ا الثلاسيميا، الها الشوكي،تشوه سر القولي, النا	ں الورائية المنجلية، العضلات مرض التك	ي من الأمراض مطراب الخلايا الرأس، ضمور مرض غوشر,	مم اعدی است ن تم تشخیصك با: فذانی، استسقاء ا لكروموسومات، ه هیموكروماتوسیس	ها النا الـ
Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.										ىكية	الية فقط: أو أمراض الش	ں العین الد ض القرنیة	ياي من أمراط ه زرقاء، أمرا	هل تم تشخیصك ب	1
Have you been d diseases <u>limited</u> Arthritis or Ligan	lto: Vertebral di	ny of the following b sc prolapse, Scolios	bone sis,			Ø			في الديسك	إلاق الغضروا	تالية فقط: الإنز	ن العظام ال	يای من أمراط	هل تم تشخيصك ب انحراف العمود ال	
6 Pregnant Fema Current single pr Current single pr Current multiple Expected delivery	egnancy egnancy with pre pregnancy	evious CS delivery											راحد سرية سابقة الأجنة	لأنثى الحامل فقط حمل حالي جنين و حمل حالي مع قيم حمل حالي متعدد ا تاريخ الولادة المت	
Yes answer above	dependents det e, please declare	ails that need to I the case in the tab	be added (le below)	(In case of	f a		200			ال ادناه)	نهم 3 لحالة في الحدو	لمراد اضافا د حاء ذک ا	افراد العائلة ا	بيانات الموظف و (في حالة الإجابة	
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No. 540095929	الطول Height 0	الوزن Weight 0		م الهوية Numbe		القرابة Relation	Gende	الج		ماتلة	ظف /افراد الـ endent N	اسم المو	٢
		510035323	0	0	2345	042184		EMPLOYEE	1		ASLA	M SID	МОНММАІ	D	1
Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity-surgery.							ها ن غلال	اللتي اتعامل مع عدم الافصاح عر نبافة مؤمن له ه أي من الحالات	ال بالمستشفوات ا تفطية كليا عند - بل التسجيل أو اه عدم اشارتي امام اوقع	يق في الاتصد المطالبة او اا خ التعاقد أو ق ما أتعهد بان عنه و عليه	دية) لها الد لتقييم المخاطر) في رفض نشأت قبل تاري هذا النموذج ك متحق الأفصاح	عناية السعودية السعودية علاه اللتي ما جاء في وجود ما يه	علومات المذكة كة (شركة . مات طبية قد ة شركة عناية ت المذكورة أ فيمت جميع ر بمثابة نفى	الم البيانات و المقويض بانات و أن الشرك ويدها بأي معلوه بود أي ما الحقية بود أي من الحالاد با باني قد قرأت و يكورة أعلاه يعتبر يدم عينة بيانات الدم	ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــ
Entity's stamp	م جهة العمل	11150 Employee	e Signature		(4)			تو قيم الموظف							

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (2) لا يحق المسركة التأمين طلب نموذج افصاح طبى للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
 - (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



Dear Insured: Please Fill out the form correctly ensure that you and your family required according to your unified	eceive health care se	icing and rvices as	to_		زى المؤمن له : قيامك بتعبنة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات عاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة								
Addition 🛭 (2) مافة	اه Ne	w 5	خدتد 🛚		`_		ع الطلب	نو					
PolicyNo/CR:	The sound of the s	:	السجل التجاري	الوثيقة/	رقم	Entity Name : Al salam :							
Mobile No: 576409753			ال:	رقم الجو		Employee Name: FAKHARE ALAM SHEKH HASIM							
ID Number			23148790	038		i i i i i i i i i i i i i i i i i i i							
Gender: 1 :c	الجنس Nationality : ﴿	321		جنسية:	Marii	جتماعية: اعزب 🗹 Single متزوج 🗆 arital Status Married							
Please declare any of below case (yes) :	s by marking √ unde	r the wor	d		y No	ح عن وجود اي من الحالات ادناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة _ نعم _						يرجى	
Any hosipital admission during	last 12 months?				Ø		هل تم التدويم بالمستشفى خلال الهر 12 شهر ؟						
2 Have you been diagnosed with diseases <u>limited to:</u> Autism, E Diseases, Chronic Hepatitis C, Urinary tract stones, thyroid g Hernias, autoimmune diseases		Ø		5 <u>.</u>	ي، حصوات المرار	المزمنة التالية فقط: التوحد, الكبدي الفيروسي المزمن سو رلية، تضخم القدة الدرقية، الت ية أو التصلب المتعدد.	ر القلب، الالتهاب صوات المسالك البو	،السرطان، أمراض القشل الكلوي، حد	2				
Have you been diagnosed with disorder or hereditary disease: Sickle cell disorder, Thalassem diseases, Hydrocephalus, spin malformations, Chromosomal disease, G6PDDeficiency, systic Wilson disease, Polycystic Kidn		Ø		هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشائل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاميميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسفاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي،تشوهات الاعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر القولي, التليف الكيسى									
4 Have you been diagnosed with limited to: Cataract, Glaucon diseases.	any of the following e na, Corneal diseases or	ye disease Retinal	s		Ø			هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: .مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية					
Have you been diagnosed with diseases <u>limited to:</u> Vertebra Arthritis or Ligament tears.					Ø		، هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك انحراف العمود الفقري، التهاب المغاصل أو تمزق الأربطة						
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with Current multiple pregnancy Expected delivery date	previous CS delivery					ر الحامل فقط : حاتى جنين واحد حاتى مع قيصرية سابقة حاتى متعدد الأجنة الولادة المتوقع						6	
Employee and dependents Yes answer above, please dec	details that need to	be added	(In case of	a					. اضافتهم 3 و ذكر الحالة في الجدول أدناه)	افراد العائلة المراد ينعم أعلاه، الرجاء			
الحالة اسم مقدم الخدمة Provider Name case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	1	بوية D Num	رقم اله nber	القرابة Relation	الجنس Gender	Employees/I	ظّف /افراد العائلة Dependent l	10	۴	
	23	148790	038	EMPLOYEE	1	FAKHARE AL	AM SHEKH H.	ASIM	1				
Undertakings: 1. I hereby undertake that all above acceptance of my enrolment will be	e information are correct on the basis of such in			هذه	الطلب سيتم على أساس ت الاتي أتعاما ، معما	ء عليه فأن قبول ا اتصال بالمستشفد	أعلاه كاملة و صحيحة و بنا: المعودية) لها الحق في الا	طومات المذكورة	الاقرار و التفويض ر أن البيانات و المه بيانات و أن الشركا	1. أقر			

- and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر
 - 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال
 - أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصىاح عنه و عليه اوقع
 - عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp خَتْم جِهةَ العملِ	Employee Signature (4)	توقيع الموظف	Date	التاريخ		
1 1 1 4 4 4 9 4 4 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	FAKHARE		Cici		7	112

- (1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration
- form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجدید الوئسقة فأنه لا یحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى علیه (11)أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثبيقة التأمين الصمحي
 - (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبنة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



Pleas	re that you and	rm correctly for t your family recei o your unified po	he purpose of pri ve health care se	cing and rvices as	to_		عزيزي المؤمن له : نأمل قيامك بتعبنة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة										
	dition	اضافة (2) ا	Ne	w E	جديد ا		Т		Туре			(1) الطلب	نوخ				
		***************************************			السجل التجاري	قد اله ثنقة <i>ا</i>		Entity N	lame: Al sal	am		م المنشأة :	اسد				
	licyNo/CR :	591126150		-		رقم الجو	_	Employee Name : SANA ULLAH FARZAND ALI :مم الموظف									
lv.	TODILE IVE :	Number			22896605	04						الهوية	رقم				
Ge	nder: 1		Nationality: 3	04		الجنسية:	Marit	al Stati	us Married		عزب 🗹 Single متز	لة الاجتماعية: اد	الحا				
	se declare any o	of below cases by	marking √ under	the word	i		y No	نعم Yes	عم -	بع تحت كلمة ۔ ن	ىالات أدنياه بوضع اشارة √ في العرب	الافصاح عن وجود أي من الح	یرجی ا				
1		mission during last	12 months?				Ø			هل تم التتويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟							
2	Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.								5.	ى، حصوات المرار	براض المزمنة التالية فقط: التوحد, لتهاب الكبدي الفيرومسي المزمن سي لك البولية، تضخم الفدة الدرقية، الت بة الذاتية أو التصلب المتعدد.	،السرطان، أمراض القلب، الالا					
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital								، تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو النشوهات الخلقية الثالية فقط : لل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل ألي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض لروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, الثليف الكيسى بموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقى الوراشي								
4	Have you been limited to: Cat diseases.	diagnosed with any aract, Glaucoma, C	of the following ey Corneal diseases or	e diseases Retinal	5		Ø				راض العين التالية فقط: مراض القرنية أو أمراض الشبكية	هل تم تشخيصك باي من أمر مياه بيضاء، مياه زرقاء، أم	4				
5	Have you been diseases <u>limite</u> Arthritis or Liga	ed to: Vertebral disc	of the following bo prolapse, Scoliosis	one S,			Ø	_		فضروفي الديسك	اض العظام التالية فقط: الإنزلاق ال اب المفاصل أو تمزق الأربطة	، هل تم تشخيصك بأي من أمر انحراف العمود الفقري، التها	5				
6	Pregnant Fem Current single Current single Current multipl Expected delive	pregnancy pregnancy with pre e pregnancy	vious CS delivery	-				رية سليقة رية سليقة					6				
			ails that need to be		(In case of	a					المراد اضافتهم 3 الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)	بيانات الموظف وافراد العائلة (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، ا					
Pı	اسم مقدم الخدمة rovider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	ID	پوية Num	رقم الر ber	الفراية Relation	الجنس Gender	لعائلة Employees/Depo	اسم الموظف /افراد ال endent Name	P				
			591126150	0	0	228	96605	504	EMPLOYEE	1	SANA ULLAH FA	ARZAND ALI	1				
Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).								هذه	ت اللتي أتعامل معها	تصال بالمستشفيا	وررة أعلاه كاملة و صحيحة و بناه عناية السعودية) لها الحق في الا تحتاج اليها لتقييم المخاطر	انات و أن الشركة /شركة : ويدها بأي معلومات طبية قد تـ	1. أقر ا البيا لتزو				

- 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- 2. أوافق على أحقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد
 - أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاء يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأفصاح عنه و عليه اوقع
 - عدم تعبنة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

Entity's stamp	Employee Signature	(4)	توقيع الموظف	Date	التاريخ	
1310777987 01.11	3	ANA	ULLAH	٥,٠	1 /	11/2

- (1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- (1) عند تجديد الوشقة فأنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11)أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثيقة التأمين الصحي
 السارية
 - (3) في حال الحاجة الضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
 - (1) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



Ple en	isure that you	he form correctly for and your family religions to your unified	receive health car	f pricing e service	and to				رتك على خدمات	حصولك و افراد اس	المؤمن له : ألمومن الله : ألم المستور المستور و المسان .	نامل قيا	
	Addition	نافة (2) 🗆		New	Ø	جديد					ة الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة	الرعاية	
	PolicyNo/CR :				Will Company				Туре		لب (1)	نوع الط	
	Mobile No :	580423536) النجاري :	وثيقة/ السجل				Al salam	ىنشاة :	استم اله	
		ID Number			2246	قم الجوال: 350389	رف	Emp	loyee Name	: MUHAMM	موظف: HAD SAEED ABDUL HAMEED	أسم اله	
e	Gender: 1		الجنبر Nationality :	304			Mar الجنس	"hal Ci	Ma			رقم الهو	
Ple	and declare a						Mar	rital St نعم		rried 🗆	الاجتماعية: أعزب ⊠ Single متزوج	الحالة ا	
(ye	es):	ny of below cases	4.1	der the w	vord		No	Ye	1	ت كلمة - نعم -	صاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحد	رجى الاقد	
1		al admission during la					Ø				ي تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟	ا هل	
2	diseases <u>limi</u> Diseases, Chr Urinary tract Hernias, auto	een diagnosed with a nited to: Autism, Be nronic Hepatitis C, G. t stones, thyroid goit oimmune diseases o	enign Tumor, Cancer Gallstones, Kidney fa iter, Cysts, fibroid ut or Multiple sclerosis.	r, Heart ailure, iterus,			M			نصوات المرارة	ن تم تشخيصك يأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الأور معرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكيدي الفيروسي المزمن سي، حد شل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم القدة الدرقية، التكيسا ترجم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	ja. di. 2	
3	disorder or he Sickle cell dis- diseases, Hyd malformation: disease,G6PD Wilson disease	en diagnosed with a nereditary diseases <u>li</u> sorder, Thalassemia, drocephalus, spinal i ns, Chromosomal abi Deficiency, systicfibi se, Polycystic Kidney	limited to: Cerebra a, hemophilia, metat muscle atrophy, ger pnormalities, aucher prosis, hemochromat y Disease.	al palsy, bolic enital r's tosis,			Ø		نی	أمراض التمثيل ساء التناسلية، أمراض سى	هل تم تشخيصك باي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية الت الثلث الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أ الغذاني، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوعي،تشوهات الإعض راكروموسومات, مرض غوشر, مرض التكسر الفولي, التليف الكيد .هيموكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقي الوراثم	3	
	diseases.	en diagnosed with ar Cataract, Glaucoma, en diagnosed with ar	, Corneal diseases o	or Retinal	ies		Ø	0			هل تم تشخيصك باي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	4	
5	diseases <u>limit</u> Arthritis or Lig	ited to: Vertebral dis	sc prolapse, Scollos	oone ils,			Ø			فروفي الديسك	، هل تم تشخيصك باي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغض . انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة	5	
6	Pregnant Fer Current single Current single Current multip Expected deliv	e pregnancy e pregnancy with pre ple pregnancy	evious CS delivery				0				للانش الحامل فقط : حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المترقع	6	
	Yes answer abo	ove, please declare	the case in the tab	be added ble below)	(In case o	fa					بيتات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم 3 (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أنناه)		
	اسم مقدم الخدمة ovider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	ID	الهوية Numbe	100000	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف /افراد العائلة اسم الموظف /افراد العائلة Employees/Dependent Name	م	
			580423536	0	0	224	6350389	19	EMPLOYEE	1	MUHAMMAD SAEED ABDUL HAMEED	1	
Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.								تقويض : ت و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بناء عليه فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه بالشركة (شركة عناية السعودية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات اللتي أتعامل معها بمعلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر يقية (شركة عناية السعودية) في رفض المطالبة او التغطية كليا عند عدم الافصاح عن الحالات المذكورة أعلاء اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل أو اضافة مؤمن له خلال لعقد					
4. Failu	lure to fill the we	reight and height info	ormation will result	in refusal					نة المفرطة		لمذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأقصاح عنه و ع عدم تعبنة بيانات الطول و الوزن سيودي الى رفض تغطية تكاليف		

(1) Upon renewal of the policy the insurer shall not request a declaration for any insured who has been insured for 11 months.

Employee Signature

(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

Entity's stamp

(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.

(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

C.C. 141/2

التاريخ

توقيع الموظف

- (2) لا يحق الشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبى المواليد الجدد عند اضافقهم على وثبقة التأمين الصحي السارية
 - (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبنة نموذج جنيد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له



	Yanaan da													عزيزى المؤمن ا		
Pleas	re that you and	orm correctly for to your family rece to your unified po	the purpose of pri ive health care se blicy benefit.	cing and rvices as	<u>to</u>		نامل قيامك بتعينة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير و لضمان حصولك و افراد اسرتك على خدمات الرعابة الصحية بالشكل المطلوب حسب مذافع الوثيقة الموحدة									
Ad	dition	إضافة (2)	Ne	w E	جديد آ				Type			(1)	رع الطلب	-	
Po	licyNo/CR:			:	السجل التجاري	قم الوثيقة/ ا										
	Mobile No :	502898850			ال:	رقم الجوا		لموقف: Employee Name : SHAHID MUHAMMAD MIRZAHABIB								
	ID	Number			2126614	581								قم الهوية		
Ge	nder: 1	الجنس:	Nationality: 3	104		الجنسية:	Mari	tal Stat	us Mar	ried	زوج □	أعزب ☑ Single مت		حالة الاجتماعية:		
Plea (yes		of below cases by	y marking √ under	the wor	d		No.	نعم Yes		. جي الافصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع اشارة √ في المربع تحت كلمة ـ نعم ـ						
1	Any hosipital ad	Imission during last	t 12 months?				\square			هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر ؟						
2	Have you been diseases <u>limite</u> Diseases, Chron Urinary tract sto Hernias, autoim		Ø			ارة	ى، حصوات المر	لأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد, الانتهاب الكيدي الفيروسي المزمن سب ساك البولية. تضخم الغدة الدرقية، ال اعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	اض القلب، ا حصوات الم	،السرطان، أمر الفشل الكلوي،	2					
3	Have you been disorder or here Sickle cell disor diseases, Hydro malformations, disease,G6PDD Wilson disease,	Ø		ú	تم تشخيصك بأي من الأمراض الورائية أو النشوهات الخلقية التالية فقط : ل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاميعيا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل في، استمنقاء الرأس، ضعور العضلات الشوكي،تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض وموسومات, مرض غوشر, مرض التكمير القولي, التليف الكيسى وكروماتوسيس, مرض ويلسون, تكيس الكليتين الخلقى الوراثى					3						
4			y of the following ey Corneal diseases or		5		Ø					أمراض العين التالية فقط: أمراض القرنية أو أمراض الشبكية	77.00 (A. 10.00)		4	
5		ed to: Vertebral dis	y of the following bo c prolapse, Scoliosis				Ø		هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي الديسك نحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تعزق الأربطة						5	
6	Pregnant Fem Current single Current single Current multipl Expected delive	pregnancy pregnancy with pre le pregnancy	evious CS delivery				جنين واحد مع قيصرية سابقة					للأنثى الحامل المحمل حمل حالي جنيا حمل حالي مع حمل عالي مع حمل حالي متع حمل حالي متع الريخ الولادة ا	6			
			ails that need to be		(In case of	а					(4	لة المراد اضافتهم 3 ه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه				
	اسم مقدم الخدمة	الحالة	رقم الجوال	الطول	الوزن		پوية	رقم الــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	قراية	2)	الجنس	د العائلة	موظف /افراه	اسم ال	٩	
P	rovider Name	case	Mobile No.	Height	Weight	ID	Num	nber	Relation		Gender	Employees/Deper				
			502898850	0	0	212	66145	581	EMPLOYI	EE	1	SHAHID MUHAMMAD	MIRZAH	HABIB	1	
Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (Saudi Enaya) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (Saudi Enaya) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to									ي أتعامل معها الافصاح عن	نيات اللتي عند عدم	لاتصال بالمستشة او التغطية كليا .	مذكورة أعلاه كاملة و صحيحة و بنا ة عناية السعودية ألها الحق في الا د تحتاج اليها لتقييم المخاطر ية السعودية في رفض المطالية العاده اللتي نشأت قبل تاريخ التعاقد	 لمعلومات الم يكة (شرك مات طبية قا (شركة عناد	لبیانات و أن الشر تزویدها بای معلو افق علی أحقیة	- 1. أقر الم لنة 2. أو	

- 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر بأني قد قرأت و فهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم اشارتي امام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الأقصاح عنه و عليه اوقع
 - عدم تعبئة بيانات الطول و الوزن سيؤدي الى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة

	A SAND THE PROPERTY OF THE PARTY OF THE PART								
Enti	y's stamp ختر جهة العملي	Employee Signature	(4)	توقيع الموظف	Date	التاريخ			
	Anna James 19 July a	1	=					115	
	M. C. FSBAAA.				<u>C</u>	101	17	1 / _	_
	The second of th		Control of the Contro					ite bullet in	11

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration
- form for any insured who has been insured for 11 months.
- (2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be
- (4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوشفة فأنه لا يحق الشركة طلب نموذج افصاح لأي مزمن له مضى عليه (11)أشهر
- (2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج افصاح طبي للمواليد الجدد عند اضافتهم على وثبقة التأمين الصحي
 - (3) في حال الحاجة لأضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
 - (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له